

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

THÈSE

pour le DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS
(Mention Médecine)

PAR

FRANK Ladislas

Né le 27 février 1915, à Dunafoldvar (Hongrie)

Des Indications et de la Conduite de l'Épreuve du Travail

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

THÈSE

pour le DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

FRANK Ladislas

Né le 27 février 1915, à Dunafoldvar (Hongrie)

Des Indications et de la Conduite de l'Épreuve du Travail

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1940

Anatomie	MM. *	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.	STROHL.
Physique médicale	POLONOVSKI.	Robert DEBRÉ.
Chimie médicale	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie	PASTEUR-VALLERY.	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	RADOT.	
Pathologie et thérapeutique générales	MONDOR.	
Pathologie médicale	LEROUX.	
	CHAMPY.	
Pathologie chirurgicale	TIFFENEAU.	
Anatomie pathologique	AUBERTIN.	
Histologie	TANON.	
Pharmacologie et matière médicale	BALTHAZARD.	
Thérapeutique	LÉVY-VALENSI.	
Hygiène et médecine préventive	Henri BÉNARD.	
Médecine légale	CHIRAY.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ABRAMI.	
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	LOEPER.	
	RATHERY.	
Clinique Médicale	LEREBoullet.	
	NOBÉCOURT.	
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNE-LAVASTINE.	
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.	
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.	
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.	
	GRÉGOIRE.	
Clinique chirurgicale	LENORMANT.	
	VELTER.	
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.	
Clinique urologique	COUVELAIRE.	
	JEANNIN.	
Clinique d'accouchements	LÉVY-SOLAL.	
	MOCQUOT.	
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	HARVIER.	
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.	
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.	
Clinique thérapeutique chirurgicale	Maurice VILLARET.	
Clinique propédeutique	TROISIÈRE.	
Clinique de la tuberculose	MATHIEU.	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.	
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.	
Clinique de neuro-chirurgie	N...	
Assistance médico-sociale	HAZARD.	
	MULON.	
Professeurs sans chaire	OLIVIER.	
	SANNIÉ.	
	VERNE.	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	COSTE	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	COUVELAIRE	
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.	(Roger)	Urologie.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.	DELARUE	Anatomie pathologique.
BONNET	Bactériologie.	DELAY	Pathologie médicale.
BOULANGER . . .	Chimie.	DEGREZ (H.). . .	Physique.
BOULIN	Pathologie médicale.	DESOLLE	Médecine légale.
BROUET	Pathologie médicale.	DIGONNET	Obstétrique.
BULLIARD	Histologie.	DOGNON	Physique.
CACHERA	Pathologie médicale.	FUNCK	Pathologie chirurgicale.
CORDIER	Anatomie.	GALLIARD	Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.		MM.	
GARCIN	Pathologie médicale.	MARCHAL ...	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique.	MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	MOLLARET ..	Pathologie médicale.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	RENARD	Ophthalmologie.
JOANNON	Hygiène.	RICHET	Physiologie.
LACOMME	Obstétrique.	SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
LANTUÉJOUL..	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
LAVIER	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	TURPIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY..	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
LENÈGRE	Pharmacologie.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER ..	Obstétrique.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.	NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL .	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
GASTINEL		D'ALLAINES.	
DONZELOT.		MOULONGUET.	
DUVOIR.		QUÉNU.	
HUGUENIN		MOURE.	
LAROCHE (G.).			
LIAN.			
MOREAU			
PIÉDELIEVRE.			
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	} Clinique obstétricale.		
METZGER.			
VIGNE.			
PORTES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

En témoignage d'amour filial.

A MON FRERE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRERE

A MA BELLE-SŒUR

A MES MEILLEURS AMIS N. M. ET F. M. T.

A TOUS LES MIENS.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

Membre de l'Académie de Médecine.
Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris.

*En le remerciant du grand honneur
qu'il m'a fait en acceptant de présider
cette thèse.*

BUTS ET MOYENS DE L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

Tenter de faire l'histoire de l'Épreuve du Travail, c'est pratiquement écrire toute l'histoire de l'Art des Accouchements.

Avant l'ère chirurgicale, et ayant toujours en vue l'accouchement permettant à la fois la survie de la mère et celle de l'enfant, d'instinct, les accoucheurs pratiquaient l'épreuve du travail, dès qu'ils se rendaient compte de l'existence d'une dystocie pelvienne ou fœtale.

La césarienne semble avoir été la première intervention chirurgicale proprement dite, bien qu'il semble résulter de textes anciens, que des interventions directes par incisions sur l'utérus aient été tentées par les voies naturelles, en des temps fort reculés.

Du ^{xv}^e au ^{xvii}^e siècle, on pratiquait surtout des versions par manœuvre interne, ou des applications de forceps au détroit supérieur, bien que, dès 1581, ait été publié un mémoire fort complet sur la césarienne et que de 1775 à 1790 environ, la symphyséotomie ait connu une période passagère de succès.

Vers la fin du ^{xix}^e siècle, l'accouchement prématuré provoqué fut fréquemment utilisé, ce qui offrait l'avantage de supprimer l'épreuve du travail, mais par contre, risquait de sacrifier l'enfant, ce qui d'ailleurs se produisait en moyenne une fois sur cinq.

La césarienne, codifiée par BAR et PINARD, la symphyséotomie à la technique minutieusement réglée, devaient, après l'ère pastoriennne, reprendre leurs droits. BAR pousse alors l'utilisation de la césarienne jusqu'à en faire une opération prophylactique avant tout début de travail, élargissant ainsi dangereusement les indications de cette intervention.

PINARD, au contraire, restreignant ces indications, et « laissant venir », pratiquait ainsi une épreuve du travail, trop prolongée, la césarienne n'étant jamais acceptée par lui autrement que fort tardivement.

Dès 1920, JEANNIN préconisait l'hystérectomie basse dans les cas impurs, mais il a fallu, en France, arriver jusqu'en 1920, à Strasbourg, avec SCHICKELE, en 1921, à Paris, avec BRINDEAU, pour voir la césarienne basse acquérir droit de cité, alors que, depuis longtemps déjà, les Américains utilisaient cette intervention.

La césarienne basse est loin d'être ce que croyaient certains au début : une simple modification de technique. Il a fallu un temps assez long pour que l'on se rendit compte que les avantages de la césarienne

segmentaire ne découlent pas seulement de la péritonisation de la suture utérine, mais surtout du fait que cette intervention permet d'agir sans risques sérieux sur des parturientes dont le travail remonte à plusieurs heures, même si l'œuf est ouvert, et qu'un certain degré d'infection amniotique peut être déjà constaté.

On peut pratiquement dire que la césarienne basse, permettant une intervention sans danger dans les cas impurs, appelle *ipso facto* l'instauration d'une épreuve du travail. Celle-ci doit être strictement codifiée pour pouvoir fixer d'une manière précise le moment opportun de l'intervention ou la possibilité de laisser l'accouchement se poursuivre par les moyens naturels.

C'est justement pour tenter de délimiter, d'abord dans le temps, puis ensuite *qualitativement* la marche de l'épreuve du travail, que nous voulons, dans les pages qui vont suivre, et après un bref rappel de la conception de « bassin limite », indiquer les raisons qui militent en faveur d'une stricte observance de règles bien définies, tout en réservant à chaque cas individuel, une certaine souplesse d'action.

Le but à atteindre est d'éviter une *extension*, comme une *restriction* des indications opératoires, dans les accouchements dans les bassins limite, tout en réservant les chances de survie maternelle et fœtale. Nous voulons ici rechercher quels sont, pour atteindre ces buts, les voies et les moyens.

CONCEPTION DU BASSIN LIMITE

La définition du « bassin-limite » est relativement complexe, en ce qu'en réalité, elle s'applique à deux ordres de faits bien distincts.

1) D'une part, à un bassin suffisant, dans des conditions de présentation et de travail normales, pour laisser passer un fœtus dont le poids et la constitution sont normaux, ce bassin étant cependant légèrement touché.

2) D'autre part, à un bassin normal, en dimensions et en déflexion, mais devant lequel se présente un fœtus trop gros, ou dont les proportions segmentaires crâniennes sont exagérées ou irréductibles par ossification précoce.

Une définition plus exacte semble difficile, car il s'agit, on le voit, essentiellement d'une disproportion entre un bassin dont les mensurations directes sont relativement faciles, et un mobile, la tête fœtale dont les dimensions deviennent plus difficiles à évaluer, avec en outre des éléments dont l'estimation nous échappe avant toute mise en œuvre du travail : la résistance des

parties molles, la malléabilité du mobile, l'efficacité des contractions, tous facteurs qui entrent en ligne de compte, mais qui, ainsi que nous l'avons dit, échappent à notre appréciation immédiate.

En principe, c'est sur le diamètre promonto pubien que l'on se base pour définir le bassin limite, bien que, en dehors d'un bassin dont le rétrécissement s'avère d'emblée insurmontable, ou de forme ou de disproportion trop nettement dystociques, il ne semble pas que ce diamètre soit le seul élément en cause dans les dystocies de travail.

D'après VORON, le promonto-pubien minimum plus grand que 9 cm. donne un accouchement spontané, dans 80 % des cas. Plus petit que 8 cm., le promonto-pubien minimum ne donne des accouchements spontanés qu'exceptionnellement, le point « critique » se trouvant entre 8 et 9 cm. De 8, 6 à 9, les accouchements sont sub-normaux, c'est-à-dire en nombre un peu inférieur à ceux des accouchements à 9 cm. De 8 à 8,5, les accouchements spontanés ne se produisent que dans 10 % des cas environ. Ils sont donc l'exception.

VORON fixe encore la limite inférieure de l'accouchement spontané à terme à 8,5 pour les bassins généralement rétrécis, à 8 cm. pour les bassins aplatis.

FABRE donne comme minimum 9 dans les bassins généralement rétrécis, ZANGENMEISTER donne les chiffres suivants :

BASSIN		ACCOUCHEMENT SPONTANÉ
Primipares	8,5	75 % des cas
	9 »	85 % des cas
	9,5	93 % des cas
Multipares	8,5	60 % des cas
	9 »	73 % des cas
	9,5	80 % des cas

Au-dessous de 8, l'accouchement à terme est considéré comme impossible, et la mensuration du conjugué vrai prend alors toute sa valeur. De 8 à 9,5 la valeur du diamètre promonto-pubien n'est qu'un élément d'appréciation du degré de fixation pubienne (BAR, BRINDEAU, KÖENIG).

En dehors des dimensions du bassin, celles de la tête fœtale difficiles à estimer, jouent un rôle important. Ces dimensions sont l'objet d'estimations qui varient d'un accoucheur à l'autre : papler mensurateur (PINARD, MOURO-KERR), pression suspubienne introductrice (VORON), etc.; MARTIN, quand le plan de la tête, apprécié par simple examen manuel externe, dépasse celui de la symphyse pubienne, pré-

conise la césarienne à titre prophylactique avant toute épreuve du travail.

Cependant il y a encore lieu de tenir compte de la malléabilité de la tête, de la variété de la présentation, de la résistance des parties molles, et de la force des contractions. Le facteur temps joue, pour certains, un rôle primordial, pour d'autres, un rôle de second plan.

En résumé, si nous voulions donner une définition à peu près complète du bassin limite, il nous faudrait dire que :

Le bassin limite est celui qui, soit par défaut d'amplitude, soit par asymétrie, devient dystocique à l'égard d'un fœtus normal, ou un bassin normal qui devient dystocique à l'égard d'un fœtus, par suite du fait que celui-ci a une trop grosse tête, ou que cette tête est trop ossifiée, alors même que les diamètres pelviens sont normaux.

L'épreuve du travail doit donc, en premier lieu, tenir compte de ces facteurs, mais il en est d'autres, non moins importants, qui jouent leur rôle dans l'aboutissement heureux ou malheureux du travail, et nous nous proposons de les examiner chemin faisant.

BUTS ET DEFINITION DE L'EPREUVE DU TRAVAIL

On peut dire que l'épreuve du travail a essentiellement en vue deux points capitaux.

a) Ne pas faire courir à l'accouchée des risques inutiles;

b) Obtenir un enfant vivant.

Et nous pourrions ajouter : un enfant *viable*, car il faut pas que la prolongation insolite du travail puisse donner lieu à une souffrance fœtale telle que l'enfant né vivant mourra dans les heures ou les jours qui suivront, de lésion respiratoire ou des centres nerveux.

Intervenir trop précocement atteint par contre le second but, et la mère et l'enfant survivent habituellement à l'intervention. Mais, ainsi que le dit SUZOR, c'est alors socialement parlant que l'intervention hâtive n'est pas satisfaisante, et didactiquement qu'elle est superflue.

En effet, du point de vue didactique, on peut dire que tout élargissement des indications opératoires en

dehors des cas ne pouvant être traités par d'autres méthodes est un aveu d'ignorance de la mécanique obstétricale (SUZOR.)

Du second point de vue, il faut se souvenir que les femmes qui ont subi une opération césarienne ne redeviennent enceintes que dans une très faible proportion, non parce que l'intervention ait été en elle-même facteur de stérilité, mais en raison du fait que les femmes ayant subi l'épreuve de la salle d'opérations sont entraînées à des pratiques anti-conceptionnelles infiniment plus fréquemment que celles qui ont accouché dans les douleurs, alors que les premières n'ont pratiquement conservé de leur opération que le souvenir indolore de l'anesthésie. La crainte d'une intervention ultérieure semble jouer un rôle déterminant dans la décision de stérilité que prennent les femmes antérieurement césarisées, bien que le pronostic des gravidités chez de telles femmes soit généralement excellent (voir Thèse Conte, Paris, 1940, *La Grossesse chez les femmes antérieurement césarisées*).

Il n'en reste pas moins que l'élargissement comme la restriction des indications opératoires semblent l'un comme l'autre être à déconseiller, mais avec des fins toutes différentes.

Sans que l'on puisse donner de l'épreuve du travail une définition exactement précise, il semble toutefois qu'on puisse en résumer les caractères par la formule ci-après :

L'épreuve du travail est la période d'expectative au cours de laquelle les divers phénomènes fœtaux et maternels de l'accouchement sont étroitement surveillés.

Cette période est limitée dans le temps :

a) A la disparition de la poche des eaux, par rupture spontanée ou artificielle;

b) Dans le cas où la dystocie n'a pu être vaincue, à la levée de cette dystocie par l'intervention libératrice (épreuve négative);

c) Dans le cas où cette dystocie a été levée, par l'engagement de la présentation (épreuve positive).

Pour certains auteurs, il semble que l'épreuve du travail commence avec le début du travail, dès la période de dilatation. Pour d'autres, comme DEMELIN, VORON, DUBRISAY, l'épreuve ne devrait commencer que lorsque la dilatation est complète. Cependant ces deux conceptions semblent à l'heure actuelle à rejeter. L'épreuve du travail en effet doit fournir des renseignements aussi complets que possible quant à la perméabilité du bassin par rapport à la présentation, et surtout des renseignements supérieurs à ceux découlant des éléments d'appréciation dont on dispose.

Nous avons déjà vu que si la mensuration du diamètre promonto-pubien peut être estimée avec une quasi-certitude, on dispose pour les autres éléments

de moyens d'appréciation instables ou peu certains. Le palper mensurateur (PINARD) peut varier dans les renseignements qu'il donne chez la même parturiente, à quelques heures d'intervalle. Car en effet, la présentation, surtout dans certaines modalités telles que front ou face, subit des modifications plastiques très intenses au cours du travail. Ces modifications, toutefois, ne peuvent se produire qu'*une fois la poche des eaux rompue*. On peut donc dire que l'épreuve du travail ne peut commencer qu'une fois cette rupture accomplie.

D'autre part, il est très rare que, dans les cas où l'épreuve du travail est nécessaire, l'œuf reste intact jusqu'au stade de dilatation complète.

Nous pouvons donc conclure que, si le degré de dilatation est un des éléments de l'épreuve du travail, il n'en est qu'un élément accessoire. S'il existe une corrélation entre la dilatation et les divers autres phénomènes de l'accouchement et leur évolution, cette corrélation peut se trouver profondément troublée dans les bassins limites, c'est-à-dire dans les cas précis dans lesquels l'instauration de l'épreuve du travail se révèle comme du plus grand intérêt.

INDICATIONS DE L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

Les caractères du bassin maternel et en particulier son degré de rétrécissement sont un des éléments du problème, mais n'en sont pas le seul. Sur le plan mécanique, le volume de la présentation, ses caractères, la valeur des contractions sont en effet d'importance au moins égale, ainsi que nous le verrons plus loin :

On sait qu'un bassin rachitique dont le conjugué vrai mesure plus de 8 centimètres 6 n'oppose à l'accouchement qu'une dystocie transitoire. Mais encore faut-il qu'il n'existe aucune anomalie de présentation, et aucune anomalie de mécanisme au cours du travail.

L'aplatissement est une des sources les plus fréquentes d'anomalie : cependant un rétrécissement généralisé, une forme et des dimensions anormales de l'excavation peuvent jouer le même rôle. On peut dire (SUZOR) qu'un bassin dont le conjugué vrai mesure 8 centimètres 6 n'est rétréci en tout et pour tout que de deux centimètres par rapport au bassin normal.

Mais alors intervient l'anomalie de présentation ou de mécanisme constituant la dystocie fœtale.

Une tête mobile au début du travail peut s'engager fort bien en présentation du sommet, mais cependant peut se défléchir et aboutir à une présentation de front. Son diamètre d'engagement est alors de 13 centimètres 5 de long, c'est-à-dire de quatre centimètres plus long que le diamètre d'une présentation de sommet bien défléchie, sous occipito-bregmatique, de 9,5.

La dystocie de présentation devient donc alors plus importante pour la marche du travail que la dystocie osseuse. On peut donc dire qu'un bassin aplati, tout en étant par lui-même un élément de dystocie osseuse, est, par les anomalies de présentation qu'il entraîne, un facteur de dystocie de présentation ou du mobile, plus dystocique alors que l'élément osseux propre à l'aplatissement et au rétrécissement.

Il faut aussi tenir en ligne de compte un certain nombre d'autres facteurs qui dicteront la marche à suivre : les antécédents pathologiques de la parturiente, la marche des accouchements antérieurs, etc. Mais ce sont cependant les éléments mécaniques du problème qui domineront tout le tableau, tout le temps que durera l'épreuve.

La valeur des contractions utérines devra être également envisagée au cours de l'épreuve du travail, dont nous allons maintenant indiquer les grandes lignes à observer pour la conduite rationnelle pour la mener à bonne fin.

CONDUITE DE L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

La conduite de l'épreuve dépend essentiellement de trois facteurs : les phénomènes mécaniques, l'état du fœtus, l'état des réactions et actions maternelles.

Le rôle de l'accoucheur prend alors une importance de premier plan, car c'est du jugement porté par lui sur les uns et les autres de ces phénomènes et des anomalies constatées que dépend l'indication de l'arrêt de l'épreuve et de l'intervention libératrice.

La surveillance des phénomènes mécaniques est pratiquée de deux manières :

a) Par une succession de palpers mesurateurs, et par l'enregistrement d'heure en heure des indications données par ces palpers;

b) Par des touchers vaginaux permettant de suivre les différents temps de l'accouchement, et donnant des renseignements sur les points suivants :

1° La présence ou l'absence d'asynclitisme, démontrée par la situation de la suture sagittale;

2° Le degré de déflexion ou de flexion de la tête, démontré par la situation des fontanelles;

3° L'importance du chevauchement des os du crâne, le degré de modelage que les contractions ont réussi à provoquer.

Certains auteurs prétendent que le toucher vaginal entraîne un certain danger d'infection. Cette donnée semble plus didactique que pratique, car un toucher fait avec des précautions suffisantes d'asepsie est pratiquement sans danger.

La surveillance de l'état fœtal est essentielle, et outre une auscultation fréquemment répétée, la nature des écoulements vulvaires donnera des renseignements quant à l'état de souffrance fœtale.

La possibilité de viciation des contractions utérines devra être recherchée, parce que très fréquente. Si la viciation par défaut, ou inertie primitive est rare, la viciation par excès est fréquente. Elle entraîne un engagement de la présentation hâtif, et une souffrance fœtale. On pose en principe qu'il ne faut pas atteindre le stade d'un état spasmodique utérin, aboutissement fréquent d'une viciation par excès. Nous possédons des médications anti-spasmodiques qui permettent d'éviter un tel état, lorsqu'il se produit incidemment.

Telles sont les principales manœuvres qui caractérisent l'épreuve du travail, d'après les données de divers maîtres, et en syntétisant sous une forme volontairement schématique leurs conceptions, qui.

si elles diffèrent par quelques points de détails, semblent toutes entrer dans les grandes lignes que nous venons de tracer.

Cette épreuve étant conduite selon ces règles, quand importe-t-il de la faire cesser ? C'est ce que nous allons maintenant succinctement examiner.

CESSATION DE L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

On a voulu codifier étroitement cette cessation, en se basant sur *le temps écoulé depuis le début du travail*, sur *le nombre des contractions*, etc. Ces méthodes sont, semble-t-il, à rejeter parce que ignorant trop des divers aspects du problème qui se pose ainsi :

a) La présentation s'engage et la terminaison de l'épreuve se fait d'elle-même;

b) La dystocie ne peut être spontanément levée, l'intervention libératrice est alors indiquée.

On peut poser en règle stricte, toute question de *temps* et de *nombre de contractions* mis à part, que l'épreuve doit cesser *lors de l'installation définitive d'une anomalie* constatée au cours de l'évolution du travail, lorsqu'il a été également constaté *l'impossibilité de faire cesser cette anomalie par un procédé ou une manœuvre simple*.

Ces anomalies appartiennent à trois catégories que nous allons énumérer ci-après :

Les anomalies d'ordre mécanique sont surtout représentées par un arrêt dans l'évolution des temps de l'accouchement, à condition que cet arrêt soit définitif, ce qui implique une certaine temporisation, et une démonstration par des examens successifs — palper mensurateur et toucher vaginal — que cet arrêt est effectif, bien que les phénomènes physiologiques suivent leur évolution normale, et que le fœtus ne présente aucun signe de souffrance.

Les anomalies d'ordre physiologique consistent surtout dans la présence de contractions exagérées sans résultat appréciable. On peut alors poser l'indication d'intervention à coup sûr, si on constate en même temps les signes de rupture utérine imminente, par un utérus en sablier ou le signe de BANDL-FROMMEL.

Dans le travail prolongé, le muscle utérin peut atteindre un état de tétanisation grave. L'intervention se doit alors d'être préconisée, mais ce stade ne devrait jamais être atteint. Une telle épreuve est alors *trop prolongée*, et la souffrance fœtale l'accompagne.

Des contractions très intenses, avec rythme normal ou sub-normal peuvent offrir un inconvénient pour le fœtus. Si, cependant, elles agissent sur la présentation, on peut les laisser continuer. Tout dépend alors strictement de leur action sur le mobile fœtale.

Les anomalies d'ordre fœtal sont constituées surtout par les signes de souffrance fœtale, et plus for-

mellement par les signes progressifs et sans *rémission*.

Il faut alors étudier soigneusement les *causes* de cette souffrance, pour éviter une temporisation trop prolongée, ou une hâte préjudiciable.

Parmi ces *causes*, nous pouvons nous trouver devant des causes sérieuses : procidence, compression funiculaire. A ce moment, l'intervention s'impose. Les causes moins sérieuses, telles que les contractions pêchant par excès, permettent de temporiser, en atténuant l'intensité de ces contractions par un anti-spasmodique et en suivant de près l'amélioration de l'état fœtal.

Le *moment* d'apparition de la souffrance fœtale joue également un rôle important : le fœtus ne peut souffrir longtemps. Si donc les signes de souffrance sont précoces, il convient de ne pas temporiser. Cette temporisation est permise si les signes de souffrance n'apparaissent que vers la fin du travail, et par exemple au moment où apparaissent des signes nets d'engagement.

Pour résumer en quelques mots les données synthétiques que nous venons de présenter, il nous faut dire que l'épreuve ne doit être interrompue que si certaines conditions multiples qui doivent être envisagées simultanément sont remplies.

Une indication tirée de l'état de la mère est généralement en corrélation avec une indication tirée de

l'état du fœtus. Ces indications se superposent rapidement et facilitent ainsi la conduite à tenir. C'est ici que le *sens clinique* de l'accoucheur prend toute sa valeur, car, ainsi qu'il est dit « qu'on devient cuisinier, mais qu'on naît rôtiisseur », on peut dire : « qu'on devient chirurgien, mais qu'on naît accoucheur ».

CONCLUSIONS

a) Rendue indispensable depuis l'avènement de la césarienne basse, intervention sans dangers, l'épreuve du travail doit obéir à des règles strictes, qu'il importe de codifier, dans toute la mesure de la marge laissée aux cas et à l'appréciation individuels.

b) L'épreuve du travail est une période d'expectation, au cours de laquelle les différents phénomènes, tant maternels que fœtaux de l'accouchement, sont étroitement surveillés.

c) Elle est limitée dans le temps par la disparition spontanée ou artificielle de la poche des eaux, l'intervention libératrice ou la levée de la dystocie par suite de l'engagement de la présentation.

d) Elle tire ses indications des dystocias pelviennes, des dystocias du mobile, des dystocias physiologiques.

e) L'épreuve comporte une surveillance des phénomènes mécaniques, une surveillance de l'état du fœtus, une surveillance des contractions utérines viciées.

f) L'épreuve doit cesser lors de l'installation définitive d'une anomalie constatée au cours de l'évolution du travail, lorsqu'il y a impossibilité de la faire cesser par un procédé ou une manœuvre simple.

g) Ces anomalies peuvent être d'ordre mécanique, physiologique ou fœtal. Une indication tirée de l'état de la mère est généralement en corrélation avec une indication tirée du fœtus. Ces indications se superposent rapidement et facilitent ainsi la conduite à tenir.

h) Des cas demeurent où la perplexité reste permise. Ils sont cependant assez rares pour qu'il soit difficile d'en donner une énumération. C'est devant ces cas qu'il semble être permis d'élargir les indications opératoires, et seulement dans ces cas.

i) L'épreuve du travail demeure, bien que codifiée, entièrement soumise au sens clinique et au jugement individuel de l'accoucheur. Il s'agit là de qualités qui, si elles peuvent s'acquérir au prix d'un long travail et d'une pratique de chaque jour, sont cependant généralement naturelles, innées, et donnent au facteur personnel du praticien toute sa valeur.

VU : *Le Président de Thèse,*

JEANNIN.

VU : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS. — Les signes de vitalité chez l'enfant et la limite de l'épreuve du travail. *Bull. Soc. Gynec. et Obst.*, 1928, p. 247.
- ARGONZ (E.). — Ruptura inminente del utero en dos pruebas de parto. *Rev. Med. del Rosario*, nov. 1935, p. 1.257.
- ATTAIX (P.). — L'épreuve du travail dans les bassins limites à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière. Thèse Paris, Legrand édit. 1930.
- BERUTI (J.-A.), LEON (J.). — La puncion precoz de la bolsa de las aguas en el parto de prueba por desproporción fetomaterna relativa. *Semana Med.*, 11 avril 1935, p. 1.033.
- BRINDEAU (A.). — De l'expectative en obstétrique. Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1929.
- BROUHA (M.). — L'épreuve du travail dans le traitement des bassins limites. *Bull. Acad. Roy. de Med. de Belg.* 28 décembre 1929 ; *Rev. Franç. de Gynec. et Obst.*, mai 1930, p. 149 ; *Bull. Acad. Roy. de Méd. de Belg.* 1934, p. 710 ; et *Bruxelles Med.*, 17 février 1935.

CONTON. — Les résultats de l'épreuve du travail dans les bassins limites à Bordeaux de 1926 à 1937. Thèse de Bordeaux, 1939.

DORMAY (R.-L.-C.). — L'épreuve du travail dans les bassins limites. Thèse Paris, Jouve édit. 1934.

FARBER. — Considérations à propos de 90 observations d'épreuve du travail dans les bassins limites. Thèse Lyon, 1937-1938.

HUNTER (W.). — Management of trial labour and selection of cases. *Brit. M. J.*, 3 décembre 1938, p. 1134.

JEANNIN. — La conduite à tenir au cours de l'accouchement normal. *Rev. Gén. de Clin. et Thérap.*, 18 avril 1936, p. 261.

KING (E.-G.). — What is meant by term « test of labour » in patients with narrow pelves ? *Am. J. Obst. et Gynec.*, mars 1938, p. 482.

KOENIG (R.). — L'épreuve du travail et les moyens d'en préciser les limites. *Rev. Franç. de Gynec. et Obst.*, juin 1934 ; *Journ. d'Obst. et de Gynec. prat.*, décembre 1934.

LE LORIER (V.). — Bassin rachitique, épreuve du travail. *Strasbourg Médical*, 5 janvier 1938.

LEVANT. — L'épreuve du travail dans les bassins rétrécis. *Journ. de Méd. de Paris*, 23 juin 1938, p. 485.

MERGER. — La césarienne tardive. Conduite de l'épreuve du travail. *Obst. et Gynec.*, décembre 1933.

ODAGESCO. — Les résultats de l'expectation dans les bassins limites et l'épreuve du travail. *Rev. franç. de Gynec. et Obst.*, septembre 1927.

RIENTER (J.), BUCHER, CHASTEL. — Réflexions sur l'épreuve du travail après 10 années de pratique à la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse. *Gynec et Obst.*, juillet 1937, p. 5.

ROXAS (B.), BAENS. — Test of labor J. Phillipine Islands M. A. mai 1936, p. 271.

SROECK. — L'épreuve du travail et la césarienne basse. *Bruxelles med.*, 1^{er} mai 1927.

SUZOR (R.). — A propos de l'épreuve du travail. *Rev. franç. de Gynec et Obst.*, janvier 1937.

VORON et LYONNET. — Evaluation du poids et des dimensions céphaliques du fœtus. *Rev. franç. de Gynec. et Obst.*, avril 1933.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DES ÉDITIONS LEGRAND
